



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL ESPECTÁCULO PÚBLICO

O.S.P.E.P.
R-NOS 1-0710-7

Sede central Pasco 154 (C1081AAD) | CABA | Teléfonos 4951 - 2645 / 2538 | 0 810 999 6773
Sitio web www.ospepsalud.com.ar | e-mail ospep@ospepsalud.com.ar

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del
beneficiario:.....

Número de Afiliado:
.....
.....

Yo
.....
.....con DNI Tipo (.....) Nº, doy conformidad
aldiagramadetrasladosporelperíodo:
desde.....hasta
.....

Firma :

Aclaración:
.....
.....

DNI:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la Ley Nº 19279 y sus
modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de
Declaración Jurada.

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de
.....
.....

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados

Firma:

Aclaración:

DNI.....

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la Ley Nº 19279 y sus modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.